

**СОГЛАСИЕ**  
**на передачу персональных данных в медицинские**  
**организации Нижегородской области**

Павловский м.о. « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО родителя/законного представителя)

Даю согласие МАДОУ детский сад № 29 г. Павлово на передачу персональных данных,  
в том числе моего ребенка \_\_\_\_\_

(Фамилия имя ребенка)

В \_\_\_\_\_  
(название и адрес медицинской организации, к которой прикреплен ребенок)

Согласие касается:

моих: фамилии, имени, отчества, номера контактного телефона

моего ребенка: фамилии, имени, отчества, даты его рождения

Я даю согласие на использование персональных данных исключительно в целях предоставления их в организацию здравоохранения для обеспечения мед. обслуживания моего ребенка, посещающего МАДОУ детский сад № 29 г. Павлово.

До моего сведения доведено, что МАДОУ детский сад № 29 г. Павлово гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Срок данного согласия ограничен действием договора об образовании по образовательным программам дошкольного образования МАДОУ детский сад № 29 г. Павлово. Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Подтверждаю, что, давая согласие, я действую без принуждения, по собственной воле и в своих интересах.

\_\_\_\_\_  
Подпись (\_\_\_\_\_)  
ФИО родителя/ законного представителя